

Cour des comptes



Chambres régionales
& territoriales des comptes

ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

LE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE

Une organisation à améliorer,
des aides à mieux cibler

Rapport public thématique

Synthèse

Juillet 2016

AVERTISSEMENT

Cette synthèse est destinée à faciliter la lecture et l'utilisation du rapport de la Cour des comptes.

Seul le rapport engage la Cour des comptes.

Les réponses des administrations, des collectivités et des organismes concernés figurent à la suite du rapport.

Sommaire

Introduction	5
1 Mieux connaître les besoins des personnes âgées dépendantes ..	7
2 Mieux répondre aux besoins	9
3 Mieux piloter les politiques et cibler les aides	13
Conclusion et recommandations	17

Introduction

La proportion des personnes âgées de 80 ans et plus dans la population française devrait doubler entre 2010 et 2060 pour atteindre, selon une projection élaborée par l'INSEE, environ 8,4 millions de personnes. Sur cette même période, le nombre des personnes âgées dépendantes, c'est-à-dire en perte d'autonomie, passerait de 1 150 000 personnes en 2010 à 1 550 000 en 2030, puis à 2 300 000 en 2060.

Pour les personnes concernées et leurs familles, la perte d'autonomie est difficile à vivre tant psychologiquement que financièrement.

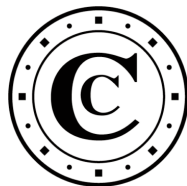
Le vieillissement de la société française soulève dès lors la question de la prise en charge de la dépendance dans un contexte de ressources financières limitées.

La loi du 22 juillet 2001, confortée par celle du 28 décembre 2015, a engagé une évolution en favorisant le maintien à domicile à travers un ensemble de dispositifs d'aides.

En effet, le rôle central de la solidarité familiale dans l'organisation du maintien à domicile est fragilisé par les évolutions sociales actuelles. Cette organisation est donc devenue un enjeu pour les pouvoirs publics.

Afin d'ajuster la politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes aux contraintes démographiques et financières actuelles et futures, il est nécessaire de la définir plus précisément.

L'enquête de la Cour et des chambres régionales des comptes a eu pour objet de vérifier si la politique publique s'appuyait sur une bonne connaissance de la notion de dépendance et des besoins des personnes dépendantes et de leurs aidants, de mesurer l'information dont disposent ces personnes sur les aides et accompagnements existants et d'analyser la pertinence de leur orientation. Enfin l'enquête a étudié l'organisation de l'ensemble des actions et leur pilotage, ainsi que l'allocation des ressources dans la recherche d'une meilleure efficience.



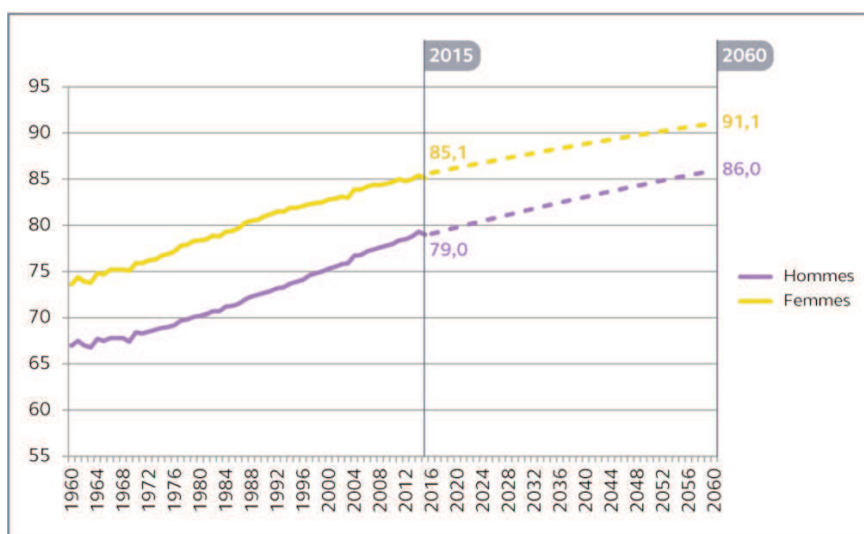
1 Mieux connaître les besoins des personnes âgées dépendantes

Une population vieillissante confrontée à l'aléa de la dépendance

Selon les chiffres fournis par l'INSEE, l'espérance de vie à la naissance en France métropolitaine est passée

entre 1960 et 2015 de 67 ans à 79 ans pour les hommes et de 73,6 ans à 85,1 ans pour les femmes. En 2060, selon l'hypothèse centrale développée par l'INSEE, elle devrait atteindre 86 ans pour les hommes et 91,1 ans pour les femmes.

Évolution de l'espérance de vie à la naissance



Cour des comptes d'après INSEE. Projections au-delà de 2015

Si l'essentiel de la progression de la dépendance résulte du vieillissement de la population, vieillissement et dépendance ne sont pas synonymes. En effet, la proportion des personnes âgées dépendantes croît avec l'âge, mais elle reste minoritaire dans l'ensemble des classes d'âge (17 % des personnes de 75 ans et plus), sauf pour les personnes âgées de 95 ans et plus. La dépendance

étant un phénomène à la fois complexe et évolutif, les progrès de la médecine pourront influencer sensiblement à l'avenir le nombre de personnes effectivement dépendantes. L'incertitude est particulièrement forte en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, qui touche essentiellement les personnes de plus de 65 ans et affecte actuellement 900 000 personnes environ en France.

Mieux connaître les besoins des personnes âgées dépendantes

La corrélation entre l'aggravation de la dépendance et la prise en charge en hébergement collectif est moins forte dans la réalité que celle qui pourrait être *a priori* attendue. Certes, lorsque le niveau de dépendance augmente, la proportion des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) qui restent à domicile décroît globalement. Pourtant certaines personnes restent maintenues à domicile en dépit d'une situation de dépendance particulièrement sévère : ainsi 20 % des personnes maintenues à domicile relèvent d'une dépendance forte (GIR 1 et 2). À l'inverse, près de 40 % des personnes hébergées en établissement relèvent d'une dépendance seulement moyenne (GIR 3 et 4). Or le maintien à domicile n'est pas, en toutes circonstances, la solution optimale, en termes économiques ou de situations individuelles, par rapport à une prise en charge en hébergement collectif.

Des attentes régulièrement étudiées

Les attentes de la population en matière d'accompagnement de la dépendance sont relativement bien connues. De nombreuses enquêtes mettent en évidence un consensus très net en faveur du maintien à domicile : 90 % des Français expriment une préférence pour ce mode de prise en charge, proportion comparable à celle mesurée chez leurs voisins européens.

Cependant, à peine plus de la moitié des Français s'estime bien informée des solutions disponibles pour faire face au risque de la dépendance. Le besoin

d'information porte en particulier sur les procédures administratives et sur l'orientation vers les services capables d'aider et d'accompagner les personnes en perte d'autonomie.

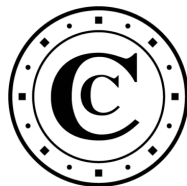
Une connaissance imprécise des parcours

Si les attentes de la population sont bien connues, deux obstacles s'opposent à une évaluation satisfaisante des besoins par les autorités chargées de programmer l'offre de services : la complexité de la notion même de dépendance, et la connaissance trop imprécise des parcours des personnes âgées dépendantes.

Ainsi, les agences régionales de santé (ARS) chargées de la programmation de l'offre médico-sociale n'ont pas pu identifier précisément les besoins dans les schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS) de la première génération (2012-2016) ; les schémas gérontologiques départementaux peinent à retracer le profil épidémiologique des ressortissants âgés.

Par ailleurs, même si les écarts tendent à se réduire, des disparités locales persistent dans l'offre de services destinée aux personnes âgées dépendantes, qui varie sensiblement d'un département à l'autre.

Au total la programmation de l'offre ne garantit pas une bonne adaptation des prises en charge et ne met pas à disposition des personnes âgées des services équivalents sur l'ensemble du territoire.



2 Mieux répondre aux besoins

Se repérer dans la diversité des offres

Les personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent à leur domicile peuvent recourir à des intervenants appartenant à des secteurs d'activité très différents - soins ambulatoires ou hospitaliers, secteur médico-social, secteur social -, et pouvant travailler en libéral, dans un service intervenant à domicile ou au sein d'un établissement.

La grande diversité des offres disponibles a conduit les acteurs publics à soutenir la création de plusieurs structures d'information.

Toutefois, ces ressources sont inégalement réparties sur le territoire. Elles souffrent également du cloisonnement entre le secteur sanitaire d'un côté, les secteurs social et médico-social de l'autre.

Des actions ont été engagées récemment au niveau national pour améliorer l'information des personnes âgées. Un portail accessible en ligne a notamment été lancé en juin 2015 (pour-les-personnes-agees.gouv.fr). Il permet d'obtenir des renseignements sur les aides, les démarches et les interlocuteurs à contacter mais il ne peut se substituer à l'orientation appropriée nécessaire à chaque personne en perte d'autonomie.

Il conviendrait, tout en appuyant la démarche fédérative de cet outil, d'assurer une plus grande coordination entre les différents points locaux ou spécialisés d'information.

Accompagner les parcours

Comme l'ont relevé à plusieurs reprises le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et la Cour des comptes, l'articulation des prises en charge sanitaire, sociale et médico-sociale est nécessaire pour une meilleure qualité de vie des personnes âgées dépendantes, dont la perte d'autonomie est liée tant à l'altération de l'état de santé qu'à l'isolement.

Mieux articuler les prises en charge

Chaque secteur de prise en charge (sanitaire, social, médico-social) a développé ses propres dispositifs de coordination. Dans la pratique, faute d'informations partagées, ceux-ci peinent à coordonner efficacement l'action de l'ensemble des intervenants.

L'orientation entre les différents modes de prise en charge dépend essentiellement du point d'entrée de la personne âgée dépendante dans ces dispositifs. Si le facteur déclenchant de la prise en charge est une maladie, elle est plutôt orientée vers des prestations

Mieux répondre aux besoins

Les intervenants auprès des personnes âgées dépendantes dans un parcours de santé



Source : Cour des comptes

sanitaires ou médico-sociales. En revanche, si la personne âgée est prise en charge à partir d'une demande effectuée auprès des services sociaux, l'orientation se fera plus souvent vers des structures sociales qui interviennent essentiellement au domicile. Le point d'entrée détermine donc, selon un modèle en tuyaux d'orgue, le parcours de la personne âgée en perte d'autonomie.

Pour que l'intervention corresponde réellement au besoin de la personne âgée dépendante, qui de surcroît peut être évolutif, il est nécessaire d'établir un plan de prise en charge individualisé et d'orienter la personne en fonction de l'évaluation de sa situation, et non de l'entité à laquelle elle s'est adressée, vers les professionnels possédant les compétences adéquates. C'est ce qui pose problème.

Plusieurs initiatives nationales (réseaux gérontologiques, méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie – MAIA – et parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie – PAERPA –) ont vu le jour dans les années récentes pour mieux organiser les parcours des personnes âgées. Portées par des directions d'administration centrale différentes, se situant à des stades de développement qui vont d'une quasi-couverture du territoire à une expérimentation limitée, ces dispositifs ont été lancés concurremment, sans réflexion initiale sur l'ajustement de leur positionnement particulier, ce qui crée une situation particulièrement confuse pour les acteurs de terrain.

Mieux répondre aux besoins

Dès la mise en place des réseaux de coordination précités, le développement de certains outils techniques est apparu nécessaire : répertoire opérationnel des ressources (service en ligne mettant à disposition des professionnels des informations détaillées et actualisées sur les ressources locales), dossier numérisé du patient (qui permet l'échange d'informations entre professionnels des secteurs sanitaire et social sur la situation de la personne), outil partagé d'évaluation de la situation des personnes, et surtout système de communication entre les acteurs et les structures. Ces outils doivent être élaborés au niveau national et généralisés sur l'ensemble du territoire.

Définir une fonction d'orientation

L'accumulation des dispositifs, pensés selon des logiques complémentaires mais différentes, rend illisible l'ensemble du système mis en place.

Compte tenu de la dimension essentielle de la santé dans la perte d'autonomie, ils cherchent tous, à juste titre, à intégrer le médecin traitant dans la coordination. Mais leur efficacité à cet égard est très variable et dépend du contexte local. Il serait donc nécessaire de mieux définir au niveau national les conditions opérationnelles de coordination, pour l'ensemble du territoire, entre les médecins et les autres acteurs de la prise en charge de la dépendance.

Il conviendrait également de donner aux ARS et aux financeurs des prestations, notamment aux caisses d'assurance maladie, la responsabilité de veiller, d'une part, à ce que toute personne âgée bénéficie effectivement des services

d'un médecin traitant, et, d'autre part, à désigner l'équipe locale chargée de soutenir celui-ci, en répondant aux demandes de tous les professionnels de premier recours, quel que soit le secteur d'intervention (social, médico-social, hospitalier, ambulatoire).

Disposer d'une offre de services adaptée

La prise en charge des personnes âgées dépendantes repose principalement sur l'intervention de professionnels de l'aide et de l'accompagnement. Ce sont le plus souvent des salariés des services d'aide à domicile, principalement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

L'offre actuelle pourrait être améliorée par une meilleure gestion des ressources humaines, par un financement mieux adapté des structures et par un regroupement des services.

Améliorer la gestion des ressources humaines

Alors que les besoins en personnel peinent à être couverts dans l'aide à domicile, la stratégie de formation des salariés est confuse, et la stratification des diplômes, par ailleurs, gêne leur mobilité. Pour offrir des perspectives de carrière et permettre une mobilité des personnels entre l'emploi à domicile et l'emploi en établissement, une rationalisation des qualifications et des diplômes est nécessaire, à laquelle concourt la création du diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social par le décret du 29 janvier 2016.

Mieux répondre aux besoins

Mettre en œuvre des réformes tarifaires

Les SSIAD assurent deux catégories de soins : les soins de base ou relationnels et les soins techniques infirmiers. Plus les personnes sont dépendantes et nécessitent des soins infirmiers, plus leur prise en charge est coûteuse pour la structure. Or la dotation financière des SSIAD est forfaitaire et ne tient pas compte des caractéristiques des patients. Pourtant le coût constaté de la prise en charge varie de 0,1 à 3,5 fois le montant de la dotation moyenne par patient allouée par l'assurance maladie.

À ce jour, la concertation engagée sur les projets de réforme de cette tarification n'a pas abouti. Il conviendrait pourtant de mettre en place rapidement un mode de financement des SSIAD qui tienne compte de la réalité des prestations accomplies pour les personnes âgées dépendantes et de la lourdeur des cas.

Par ailleurs, de nombreux SAAD sont confrontés de manière récurrente à des difficultés financières importantes. Plusieurs facteurs expliquent cette situation : la concurrence d'autres services ou bien d'une offre de travail non déclarée, la baisse des financements par les caisses de retraite, l'organisation complexe et souvent déficiente des services.

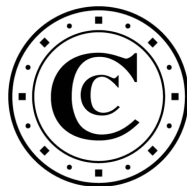
Des expérimentations de tarification ont été autorisées par la loi de finances pour 2012. Elles concernent actuellement 14 départements. Elles

reposent sur un financement par contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) - intégrant les contraintes relatives aux caractéristiques géographiques et sociodémographiques et promouvant des objectifs d'amélioration de la gestion - et d'une forfaitisation de la participation des bénéficiaires. Sur la base des résultats de leur évaluation, il est urgent de modifier le régime de tarification des services.

Favoriser le regroupement des services

Le morcellement des services médico-sociaux à domicile est patent. Il explique en partie la persistance de disparités locales dans l'offre, contre lesquelles il convient d'agir afin qu'aucun territoire ne soit délaissé.

Un regroupement plus volontariste des services, au-delà des seuls SSIAD et SAAD, intégrant des structures d'hébergement temporaire ou permanent, permettrait de mieux assurer l'efficacité de la gestion des fonctions support et des personnels, mais également celle des parcours de soins des personnes âgées dépendantes. Cette organisation nouvelle supposerait l'accord préalable des différents financeurs et, comme pour la réforme du régime de la tarification, un adossement à un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.



3 Mieux piloter les politiques et cibler les aides

Clarifier le pilotage

Améliorer la connaissance des coûts

Dans le cadre des travaux du Haut Conseil du financement de la protection sociale, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié en 2014 une actualisation du chiffrage du compte de la dépendance, portant sur l'année 2011. Selon ces données, le coût du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes s'élèverait à environ 10,1 Md€ (valeur 2011). Ce montant serait financé par la sécurité sociale à hauteur de 4,7 Md€, par les départements pour 4,2 Md€, par l'État pour 0,3 Md€, et par les ménages pour 0,9 Md€.

La fiabilité de ces informations souffre notamment de la complexité liée à l'association de données provenant de nombreuses sources et de la difficulté d'identifier les dépenses relatives aux personnes âgées dépendantes prises en charge dans les établissements de santé. De même, les restes à charge sont mal évalués, car les données permettant d'éclairer les conséquences financières de l'arbitrage entre maintien à domicile et hébergement en établissement sont lacunaires. En particulier, les études sur les montants qui restent à la charge des personnes âgées dépendantes sont peu nombreuses et imprécises.

Décomposition des surcoûts liés à la perte d'autonomie

données 2011 en Md€	Établissement	Domicile	Total
Soins GIR 1-4	7,6	3,1	10,7
dépense publique	7,7	3	10,7
ménages	0	0,1	0,1
Hébergement GIR 1-4	6,4	0	6,4
dépense publique	1,8	0	1,8
ménages	4,7	0	4,7
Dépendance GIR 1-4	2,6	6	8,6
dépense publique	1,9	5,1	7
ménages	0,7	0,8	1,5
Sous-total GIR 1-4	16,6	9,1	25,7
dépense publique	11,2	8,2	19,4
ménages	5,4	0,9	6,3
GIR 5-6	1,6	1	2,6
dépense publique	0,6	1	1,6
ménages	1	0	1
TOTAL	18,2	10,1	28,3
dépense publique	11,9	9,2	21,1
ménages	6,3	0,9	7,2

Source : Cour des comptes sur la base des données de la DREES, dossier Solidarité et Santé, n° 50, février 2014

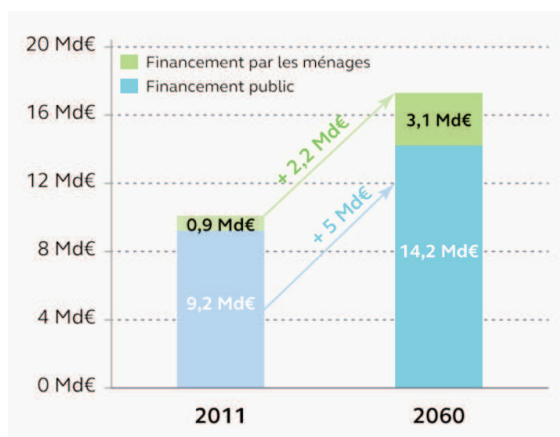
Dans le cadre du débat national sur la dépendance de 2011, une évaluation du coût de la dépendance à l'horizon 2040 a été effectuée. Dans le scénario démographique intermédiaire et à législation constante retenu, l'effort global des ménages – à domicile et en établissement – passerait de 7 Md€ (soit 0,37 point de PIB – base 2010) en 2010 à 12,6 Md€ (soit 0,65 point de PIB) en 2040.

Mieux piloter les politiques et cibler les aides

En distinguant selon le lieu de résidence, les seules prévisions disponibles sur l'évolution à long terme de l'effort demandé aux financeurs de la dépendance sont celles de la DREES, qui a publié en février 2014 une projection à l'horizon 2060 du compte de la dépendance faisant apparaître l'évolution des financements publics et privés.

Ces travaux mettent en évidence un accroissement important de la dépense. Au total, le coût du maintien à domicile passerait de 10,1 Md€ à 17,3 Md€. L'effort privé ferait plus que tripler en passant de 0,9 Md€ à 3,1 Md€, pendant que l'effort public augmenterait de moitié, passant de 9,2 Md€ à 14,2 Md€.

Évolution du financement public et par les ménages du maintien à domicile entre 2011 et 2060 (en € constants)



Source : Cour des comptes d'après DREES, dossier Solidarité et Santé, n° 50, février 2014

Des acteurs à mieux coordonner

La politique menée en faveur des personnes âgées dépendantes est, depuis les lois de décentralisation, partagée entre l'État, la sécurité sociale et les collectivités locales, en particulier les départements.

À l'échelon national, une approche plus transversale du pilotage doit être mise en œuvre. Même si la gestion de nombreuses prestations relève des départements ou de l'assurance maladie, l'État conserve en effet son pouvoir de définition des politiques sociales et de réglementation générale, qui doit être exercé de manière cohérente et lisible.

Au niveau local également, la coopération gagnerait à se développer. Les principaux acteurs institutionnels contribuant localement à la politique de maintien à domicile sont les collectivités territoriales, les ARS et les organismes de sécurité sociale. Les départements et les ARS jouent un rôle majeur : ils doivent être les pilotes locaux de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes.

La loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement a mis en place des « conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie », présidées par le président du conseil départemental. Actuellement focalisée sur le seul champ de la prévention, cette instance gagnerait à voir son champ de compétence étendu à la programmation de l'offre en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui serait facilité si la gouvernance était partagée entre le département et l'ARS.

Mieux cibler les aides et les financements

La structure du financement de la dépendance fait peser les tensions les plus fortes sur les budgets des départements, qui sont les principaux contributeurs. Elle montre également

Mieux piloter les politiques et cibler les aides

l'importance d'une définition précise des dépenses fiscales et des exonérations de cotisations sociales qui concourent à ce financement. Elle révèle enfin la nécessité d'un soutien plus adapté des ménages, dont la part dans le financement de la dépendance s'accroîtra inmanquablement. Une concentration des aides publiques sur ceux qui en ont le plus besoin sera nécessaire.

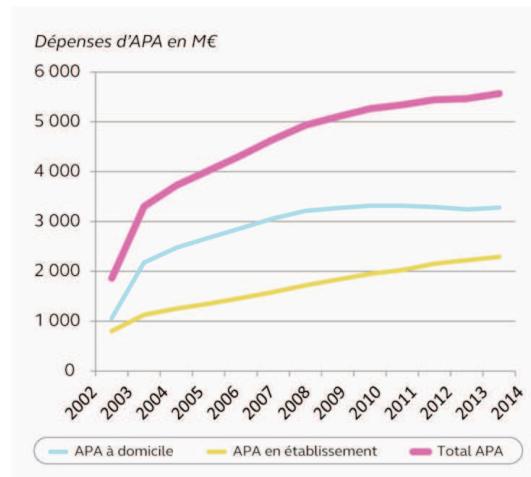
Un financement départemental sous tension

Les départements, dont les marges de manœuvre budgétaires se réduisent, font face à l'accroissement du nombre des bénéficiaires de l'APA et à l'affaiblissement de leurs recettes. Ils ont donc entrepris de réguler les dépenses occasionnées par leur responsabilité de financeurs de l'APA, ce qui affecte davantage le maintien à domicile que l'accueil en établissement. La réduction des montants moyens des plans d'aide à domicile est l'une des principales conséquences de cette évolution. Il en résulte une majoration des restes à charge pesant sur les ménages et, faute d'un encadrement précis, un risque d'aggravation des inégalités territoriales.

Des interventions à préciser pour les autres financeurs

Les dépenses fiscales et les exonérations de cotisations et contributions sociales sont mal identifiées. Des analyses montrent cependant que les dispositifs sociaux et fiscaux neutralisent la dégressivité des aides spécifiques en

La décélération des dépenses de l'APA



Source : Cour des comptes d'après DREES

faveur des personnes dépendantes : la réduction d'impôt est plus substantielle pour les personnes bénéficiant d'une retraite importante que pour celles disposant d'une retraite faible ou modeste.

Par ailleurs, le repositionnement de l'action sociale des caisses de retraite autour des personnes autonomes (GIR 5 et 6) et de la prévention de la dépendance s'est traduit, s'agissant de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), par la baisse du budget du fonds national d'action sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées (FNASSPA), qui est passé de 438,8 M€ en 2010 à 385,0 M€ en 2014. Les aides individuelles ont ainsi enregistré une baisse très nette.

Mieux soutenir les ménages

Malgré l'intervention des pouvoirs publics, l'essentiel de la solidarité exprimée en faveur des personnes âgées dépendantes relève en

Mieux piloter les politiques et cibler les aides

grande partie de la sphère familiale. La progression des besoins, dans un contexte où les financements publics atteignent leurs limites, accroît la charge pesant sur les personnes âgées et leur entourage. Pour que la solidarité familiale puisse continuer à s'exercer pleinement, il convient de renforcer le soutien aux aidants et de cibler les aides financières sur les plus fragilisés.

Il convient aussi de dynamiser les appuis aux proches aidants, dont la contribution est essentielle. La génération des 50-65 ans (« génération pivot ») est fortement sollicitée par les parents dépendants, en dépit de l'augmentation du taux d'activité professionnelle des femmes, qui sont les principaux acteurs de cette aide.

En volume horaire, l'implication de la famille, dont la mesure précise est très difficile, serait trois fois plus importante que celle des professionnels. Le montant de l'aide informelle à domicile serait également deux à trois fois supérieur au total des dépenses de l'APA : il se situe dans une fourchette de 7 à 11 Md€, selon les estimations du Haut Conseil de la famille (HCF).

En France, la prise de conscience du rôle essentiel des proches aidants a été relativement tardive. L'intervention

des pouvoirs publics repose sur l'idée que « la première forme de soutien aux aidants consiste à fournir une aide professionnelle de qualité à la hauteur des besoins de la personne aidée, et accessible à tous financièrement ». La dynamique de soutien des aidants doit désormais se concrétiser et se généraliser sur l'ensemble du territoire.

Pour mieux répartir l'APA, la piste d'évolution à privilégier pourrait être la modification des ressources prises en compte pour son calcul, qui agrègent, d'une part le revenu déclaré figurant sur le dernier avis d'imposition ou de non-imposition remis lors de la demande d'APA, et d'autre part les revenus des produits d'épargne.

Sans remettre en cause le caractère universel de l'APA, réaffirmé par la loi du 28 décembre 2015, et pour faire face aux besoins de financement futur, une réorientation des aides vers les personnes les plus démunies pourrait se traduire par une modification des modalités de calcul de la participation financière à la charge du bénéficiaire, qui serait augmentée pour les derniers déciles de ressources, c'est-à-dire les personnes les plus aisées.

Conclusion et recommandations

Au terme de cette enquête, le premier message de la Cour porte sur la nécessité d'améliorer l'organisation de la politique du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes.

Mieux organiser la réponse aux attentes exprimées par les personnes âgées en perte d'autonomie, qui à une très forte majorité souhaitent rester à domicile, est la première priorité que doit s'assigner la communauté nationale. Cela suppose de traduire les attentes en besoins objectifs, en perfectionnant l'action d'information et d'orientation des familles, et en adaptant à la demande constatée la programmation de l'offre de services.

Améliorer l'organisation, c'est aussi coordonner plus efficacement, tant au niveau national qu'au niveau territorial, les multiples acteurs qui interviennent auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, soit directement, soit indirectement. Une telle évolution suppose de mettre fin aux cloisonnements qui subsistent entre les différents dispositifs destinés à coordonner les parcours qui, à cause de leur diversité et leur complexité, composent un système illisible. Les dispositifs nationaux de coordination devraient être appelés à fusionner et les ARS confortées dans leur vocation à répartir les responsabilités entre les équipes de professionnels de terrain, dont elles sont les mieux à même de mesurer l'efficacité et le potentiel.

Le deuxième message de la Cour porte sur la question d'un ciblage plus précis du financement de cette politique.

Une meilleure visibilité sur le coût de la politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et de son évolution est un préalable indispensable à une meilleure anticipation des contraintes budgétaires qui pèseront à terme sur les différentes parties prenantes. Les efforts de chiffrage accomplis depuis une dizaine d'années par le ministère chargé des affaires sociales doivent se poursuivre et être approfondis. Il faut aussi que les montants qui restent à la charge des personnes et de leurs familles soient mieux connus, de manière à mieux cibler les politiques publiques.

Quelles que soient les incertitudes qui pèsent sur les perspectives financières, la Cour constate en effet qu'à long terme la contribution des ménages au financement du maintien à domicile tendra à s'accroître plus rapidement que celle des collectivités publiques. Dans ce contexte, la question du ciblage des aides publiques se posera de plus en plus. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a préservé le caractère universel de l'APA, mais les défis de l'avenir imposeront d'adapter avec précision son mode de répartition, ainsi que le bénéfice des dépenses fiscales, pour que ceux qui en ont le plus besoin, à cause de leur niveau de dépendance et de revenu, en soient dans les faits les principaux bénéficiaires.

Conclusion et recommandation

C'est à cette double condition d'une amélioration de l'organisation et d'un meilleur ciblage des aides que la politique de maintien à domicile pourra atteindre les niveaux de cohérence, d'efficacité, d'efficience et d'équité permettant de mieux répondre aux attentes et aux besoins des personnes âgées dépendantes et de leurs familles.

Mieux connaître les besoins des personnes âgées dépendantes :

1. procéder à une analyse précise et harmonisée des besoins des personnes âgées dépendantes.

Mieux répondre aux besoins :

2. fédérer les organismes dispensant l'information et leur donner une bonne visibilité ;

3. identifier des structures d'appui aux médecins traitants et aux professionnels de premier recours pour accompagner les personnes les plus dépendantes ;

4. développer et généraliser les outils techniques nécessaires à la coordination ;

5. mener à son terme la réforme de la tarification des services d'aide et de soins à domicile ;

6. simplifier et rationaliser les qualifications et les diplômes des intervenants à domicile ;

7. favoriser le regroupement des services de soins et d'accompagnement à domicile.

Mieux piloter les politiques et cibler les aides :

8. élargir à la programmation de l'offre la compétence de la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées ;

9. améliorer le chiffrage du coût de la dépendance et du maintien à domicile ;

10. développer la connaissance des restes à charge par des études, en mesurant précisément les coûts respectifs du maintien à domicile et de l'hébergement en établissement ;

11. suivre et soutenir dans les plans d'aide, les expérimentations locales faisant appel à des offres de service de téléassistance et de domotique ;

12. faire face aux besoins de financement futurs en modulant plus fortement l'APA en fonction des ressources des bénéficiaires.